新しい薬学をめざして 45，49-57（2016）.

向精神薬を科学する―

「非定型」抗精神病薬の神話終焉と人薬（ひとぐすり）について（その 1）

石田　悟

本稿は，新日本医師協会第 68 回全国研究集会・薬学関連領域（2015 年 11 月）で報告し，津軽保健精神神経科医報へ投稿した論文に加筆・修正をおこなったものです。

はじめに

高木俊介（高木クリニック）は，「統合失調症のひろば」（2013 年春号，抗精神病薬の神話～統合失調症に対する薬物治療への妄信から脱するために，前編，p 87-93）のなかで，「…薬物療法なしには，統合失調症の治療は成り立たないとまで，教科書や啓蒙書に何ら疑問なく書かれるようになったのは，おそらく今世紀に入ってからであろう。それは，前世紀に冷戦体制が終了し，新自由主義経済が世界を席巻していくのと軌を一にしている。また，90 年代からは，製薬会社によって「非定型抗精神病薬」「第二世代抗精神病薬」と名付けられた新規抗精神病薬が続々と市場に投入された…中略…，今では若い世代の精神科医は，ハロペリドールやクロルプロマジンという処方をみると，前近代の精神科医に対してあからさまに軽蔑の目を向けるほどである。ガラパゴス精神科医というわけである…」と述べている。

日本では欧米に遅れること 10 年目の 1996 年に，最初の「非定型」抗精神病薬（以下，「非定型」薬と略す）であるリスペリドンが市場化された。現在では，クロザピンを含め 8 種類が臨床の場で使用され，化学的に「非定型」薬に分類されるゾテピン（商品名；ロシゾピロン），スルピリドを含めると 10 種類になる。

高木も指摘しているように，「非定型」薬を販売する多国籍製薬企業は，従来型抗精神病薬（以下，「定型」薬と略す）との間に，「定型（第一世代）」，「非定型（第二世代）」といった二

分法による差別化，選別化を図るとともに，利益共同体関係にある（？）一部生物学的精神医学者や薬学研究者・薬剤師，臨床医を大々的に動員し，徹底した医療機関への“刷り込み”を行った。売り文句は，「定型」薬と比べ，①錐体外路性副作用を起こさず，②鎮静作用が少なくて飲み心地が良く，患者に優しい薬であり，③陽性症状はもとより陰性症状をも改善する作用とともに，④処方における単剤化が十分可能，などを売り文句に徹底した医療機関への“刷り込み”を行ってきた。

2004 年，ある研究会に参加したおり，演者の精神科医は講演のなかで，今どき「非定型」薬を治療の中心に置かない医療は精神医療ではないとまで述べていた。まさに「非定型」薬に対する妄信・狂騒（バブル）であった。演者の話を聴きながら「とてつもない気持ちの悪さ」を感じると同時に，「何かが違う」と思った。

当時，「非定型」薬と「定型」薬との有用性や安全性，費用対効果に関する大規模比較試験，メタ解析，コホート研究といった報告は皆無であり，その場で反証することができず，もどかしかったが，この「バブル」はいつか必ず弾けると思った。

本稿は，「非定型」薬の“神話”誕生に向け米国精神医学界と多国籍製薬企業が果たした歴史的役割を中心に考察し，主に 2005 年以降に明らかにされた「非定型」薬の有用性，安全性“神話”の終焉に関する諸論文をなぞるとともに，“神話なき後”の患者・当事者への向き合い方（薬物を介した「共依存的関係」からの乗り越えと“人薬”の効用）について私見を述べるものである。

寄り道（1）「非定型」薬による単剤化という「べき論」について

私は，精神科で用いる薬物は治療用具として極めて重要な役割を果たしていると考えており，治療における「単剤化」を否定する立場ではないが，「べき論」を推進する人たちの多くは，回復論の視点ではなく，病理攻撃的治療観（症状を諸悪の根源とみなす考え方）に基づいていたことや，諸外国との投与薬剤数の単純な比較（およびCPZ換算というドパミン受容体遮断力だけの単純な比較）だけで論じる姿勢に違和感があった。

記憶が確かではないが（そして原著論文も手元にないのだが），入局2年目に，ある医師から紹介され，1950年代後半に書かれたフランスの論文（事例報告）を読んだことがある。

論文は，「安全，自由，親密さ，非拘束」を基本とするモラル・トリートメント（人間的治療～中井久夫による）的接近を行い，人格荒廃状態にあった患者が市販されたばかりのクロルプロマジンの内服（単独療法）と祈り，軽い農作業や遊戯，絵画を介した関り（今でいう作業療法），そして何よりも“柔らかい受容的環境”のもとでの徹底した養生により「回復」し，母親とともにレストランで食事をするまでになった事例報告であった。

この報告から学んだことは，統合失調症からの「回復」には，脳内環境を変える薬物の果たす役割も大きいが，それと同程度に（もしくはそれ以上に）療養環境，軽い農作業といった「場」，家族の支えようとする力，遊びを含めた侵襲的でない関わりなどの重要性であり，（一見）不変に見えるなかに，「回復」に向けて少しでも前に進もうとする患者の「小さな変化」を見逃さない，著者の臨床眼の鋭さであり，豊かさであった。

統合失調症からの「回復」に必要な要件については，「回復指数式」・再考（津軽保健精神神経科医報，vol 34，no 1，p 3～11，2013年）で述べたが，精神科の薬物は苦手なところや不器用さ，不得意な部分を補う力は全くなく，まして「人生」を語ることがない以上，その限界を認識しつつ，患者の治ろうとする底力（自己治癒努力，レジリアンス）や家族の支えようとする力の見きわめと援助，住む所やディケアなどの憩える場（手抜き，息抜きができる場），働ける場，金銭的保証などの社会的サポート力など，「環境を一所懸命に耕すこと」（患者の生きる条件の拡大）が「回復」への近道であることを述べた。そして，患者を取りまく「対人・対物環境面」の充実こそが単剤化を保障する“鍵”であることを強調した。

「非定型」薬バブルの嵐が吹き荒れるなかで繰り返された，単剤化の一面的強調論には，「環境面」の果たす重要な役割や患者のレジリアンス能力などに言及した報告は皆無に近く，臨床の場に身を置く一人として，「べき論」は実に底の浅い非現実的な戦術に思えたし，Sullivanの言葉を借りれば「妄想的色調」を帯びた幻声として聴こえた。

寄り道（2）単剤化は米国の「お家の事情」が反映？

単剤化が最も進んでいるのは米国とカナダであり，欧州も一時期，単剤化の流れにはあったが，「かつても今も」基本的に併用療法が処方の中心である[注1)]。独り米国が単剤化の道を歩み続ける背景には，公的皆保険制度の日本と異なり，医療給付を民間保険会社（企業）が中心的役割を担っている「仕組みの違い」と米国内の社会経済的要因が影響していると考えている。

米国がそれまでのケインズ経済学的視点から市場原理主義経済に舵をきったのは，レーガン元大統領（在任期間；1981～1989年）による「レーガノミクス政策」とされている。東西軍事バランス上，強い米国の復権を果たした一方で，「双子の赤字」（膨大な貿易赤字と財政赤字）を抱えることとなり，経済成長の原動力である個人消費が伸びず，“負け組”が多数を占める格差社会の誕生へと拡大した。これが2000年のITバブル崩壊，2007年のサブプライムローン・クライシス，2008年のリーマン・ショック，AIG国有化，2013年の債務不履行問題へとつづく米国の金融および経済システム全体の不安定化をもたらす原因となった。

こうした1980年代以降の混迷する経済動向のなか，収益性を最大限に追求することを「社会的使命」とする民間保険会社が，「しごく当然」のこととして，「彼らの強い意思」のもと，企業戦略として打ちだしてきたのが（多国籍製薬企業とも利害が一致する）「単剤化路線」ではなかったのかと思う。

注1)「非定型」薬の使用動向について（八木剛平「現代精神医学定説批判」から）

リスペリドンが日本で市販されて4年目の時期，八木剛平はその著，「現代精神医学定説批判」のなかで，諸川の報告（諸川由実代：非定型抗精神病薬治療の世界的動向．臨床精神薬理4，1615-1624，2001）をもとに，「…日本に上陸した欧米の製薬会社が自社製品の売り込みに用いた作戦の一つは，発売前に学会のサテライト・シンポジウムやランチョン・セミナーを主催し，あるいは日本各地の講演会や研究会を後援して，宣伝の拠点を作ることであった…（中略）。しかし，筆者が調べた欧州における当時の処方率は平均約30％で，国によって大きな差

があり，フランスの開業医間では3%にすぎなかった。最近の諸川による調査結果は，世界中で米国とカナダだけが非定型薬の処方率の「異常な上昇」を示していることは一目瞭然である。日本における上昇率が異常に低いと見えるのは，異常に高い上昇率と比較するからにすぎない」(p153) と，製薬企業の“意図”(戦略としてのマーケティング・トリック) について言及している。

「非定型」薬の“神話”誕生までの経緯

フリージャーナリストで，精神科医療と製薬企業との関係を精力的に追及し，執筆活動を展開してきた R.ウィタカー (Robert Whitaker) の著書に，「ANATOMY OF ANEPIDEMIC-Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and Astonishing Rise of Mental Illness in America」がある (2010 年刊～心の病の「流行」と精神科治療薬の真実，福村出版，2012 年出版)。

監訳者である小野善郎 (和歌山県立精神保健福祉センター所長) は「まえがき」で，R.ウィタカーの立場は「精神科薬物療法を否定するものではなく，本書の執筆は，画期的な精神科治療薬が普及したのに (SSRI や「非定型」薬など：石田)，精神疾患の転帰は薬物療法が導入される以前より決して良くなっていないどころか，むしろ悪化しているように思われるのは何故だろうか」とする“素朴な疑問”から出発したとしている。そして，本書が詳細に伝える精神科薬物療法の「仮説」をめぐる精神科医，米国精神医学会 (American Psychiatry Association，以下，APA と略す)，患者団体，製薬会社，政府機関 (国立精神保健研究所～National Institute Mental Health，以下，NIMH と略す) の利害関係は生々しいものがある。本書が日本にとって「対岸の火事」でない理由として，①登場する米国の巨大製薬企業にとって日本は重要なマーケットであること，②精神科医療の世界でも，良質な治療として EBM 推奨の流れが強まっているが，エビデンスとされるものの多くは米国からの情報に基づいており (その多くが多国籍製薬企業お抱えのゴーストライターにより書かれた内容であったことが今日明らかにされている：石田)，日本が米国の新薬開発と無縁でないことを運命づけていると述べている。

では，「非定型」薬の“神話”は，どのような文脈のもと，何を主要な武器として誕生してきたのであろうか。

クロルプロマジンが誕生した1950年代の米国精神医学界の動き

「非定型」薬の“神話”は，最初の抗精神病薬・クロルプロマジンの誕生 (1952年) から始まった，とウィタカーは述べている。クロルプロマジンの登場は，それまでの治療法 (インシュリン・ショック療法，電気けいれん療法，持続睡眠療法，精神外科療法など) を臨床の中心から一掃し，長期間の拘束や長期入院からの解放を促進するなど[注2)]，「非定型」薬がそうであったように歓喜の嵐で迎えられ，「奇跡の薬」と呼ばれた。

「奇跡の薬」が市場化されるのとほぼ同時期に，米国精神医学界はイミプラミン (抗うつ薬) やベンゾジアゼピン (抗不安薬) を手にする幸運に恵まれた。APAのなかでは当時，社会精神医学，力動精神医学，精神分析学，反精神医学，生物学的精神医学などが「雑居」してい

た。

比較的少数派であった生物学的精神医学派は，クロルプロマジンその他の向精神薬の誕生に活気づき，NIMHや他の研究者らによる薬理反転主義の立場（薬理作用から原因を特定しようという考え方）からの様々な仮説（脳内の化学的不均衡仮説）の提示もあり，「精神疾患には生物学的な原因があり，この原因を薬物で解決すれば病気が治療できる！」とする“バラ色の未来”を思い描いていた。

一方，クロルプロマジンの登場にあわせるかのように，APAの登録指標である「精神障害の診断と統計マニュアル（Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders～以下，DSMと略す）第Ⅰ版が出版されている（1952年）。

周知のようにDSMは，第二次世界大戦のさなか，戦争を遂行する上で最も重要な兵士の（戦えるかどうかの）評価と選別，そして治療に精神科医を国家総動員したことに始まる。後に，精神科医らの「観察結果」をもとに，精神科医であり軍人のウィリアム・C・メニンガー率いる委員会がメディカル203と名付けられた新しい分類方法を開発し，1943年に当時の軍医総監の主導で「陸軍省技術告示」として刊行され，これがDSMへとつながった。

「（戦争遂行のためという）暗い出生の過去」を持つDSMだが，その第Ⅰ版と第Ⅱ版（1968年に刊行された）においては，私が入局当時に医局集団から学んだ力動精神医学の考え方が未だ反映されていた。

1960年代から70年代にかけての米国精神医学界の動き

60年代に入ると，提示された薬理反転主義からの仮説のほとんどは，実証性がないと批判にさらされ，有害事象の多発など薬物治療の問題点が指摘されることとなり，熱狂は徐々に失望へと変わっていった。生物学的精神医学派にとっての最初の危機であった。

1961年には，反精神医学者であるトーマス・サズが「精神疾患は脳の病気」とする生物学的精神医学に対する批判を展開し，米国精神医学界の流れは70年代初頭にかけてフロイト派による心理療法に大きくシフトしていった。

反精神医学の影響とベンゾジアゼピン系薬物の有害事象に気づいた神経症を中心とした患者の多くは，心理療法やカウンセリングを志向するようになり，1975年までには医師資格を持たないセラピストの数が精神科医の総数を上回る事態となった。

さらに，精神的異常や生の困難さは，個人と環境との相互作用により発現するとした社会精神医学派が急速に台頭してきた。これら三つ巴によるAPAの「内部対立」が影響してか，1970年代には，1950年代に比べ精神医学を専攻する学生の数が11％から4％に激減することとなった。

この点についてウィタカーは，『医学生が精神医学を選択しない主な理由は，精神科の治療は「効果が薄い」と見ているからだった。これは，精神医学界が語りたくもなければ認めたくもない事実だった』（前著第Ⅳ部，妄想の証明，第13章，イデオロギーの台頭，p 399より）と述べている。

APA内部で，50年代後半から勢力を徐々に拡大しつつあった生物学的精神医学派だが，前述

した内部の力動の変化や新しい潮流（セラピストによる心理療法の隆盛）に自らの存在の危機を感じとり，巻き返しに向け身体科の「医学モデル」に基づいた精神医学の「医療の復権」を打ちだした。

それは，医師だけができ，心理療法士やケースワーカーにはできない領域，つまり疾患名が決まればそれに適した「薬」を投与することであり，向精神薬のイメージを回復できれば精神医学も医学の世界で生き残れるとするものであった。

「医学モデル」に基づく精神医学の「医療の復権」というスローガンは，（薬物の効果をある程度認めつつも，その使用にあたっては非常に慎重であった）フロイトの流れを汲む精神分析学や力動精神医学，社会精神医学をAPAから駆逐することを意味していた[注3)]。

一方，生物学的精神医学派による「APAの新しい方向づけ」は，70年代に向精神薬の売り上げ低迷に悩み，その打開の道を探っていた多国籍製薬企業の利害とも一致し，以後，急速に「利益共同体関係」の道を歩むこととなった。

生物学的精神医学派はAPA内部での地盤をより強固とするため，1974年，R.スピッツァーを責任者とするDSM第Ⅱ版改定の作業チームを立ち上げ，3年後に「医学モデルの砦」（M. Wilson； DSM-Ⅲ and the transformation of American psychiatry. American Journal of Psychiatry, 150;399-410, 1998）であるDSM第Ⅲ版を完成させた。

発表当時，米国心理学協会会長のセオドア・ブラウは，「DSM第Ⅲ版は，科学的根拠のある分類システムというよりAPAの政策方針書に近い」と“その本質”を指摘していたが，後述するように，DSM第Ⅲ版は生物学的精神医学派の勝利を決定づけるものとなった。

多国籍製薬企業との関係でいえば，DSM第Ⅲ版が完成すると米国でも英国でも抗うつ薬（SSRI）・プロザックの市場化を控えていたイーライリリー社が「本腰」を入れて資金援助に乗り出し，米国内では，うつ病啓発の小冊子800万部とポスター20万枚が配布された（D.ヒーリー著，抗うつ薬の功罪，みすず書房，p 20より）。

“操作的診断（操作主義）”というDSMの「構造」は，多国籍製薬企業にとって新薬開発はもとより，（イーライリリー社がそうであったように家族会や社会全体を巻き込んでの）疾病啓発運動，Selling-Sickness（病気創り），Disease Mongering（情報操作により薬の売り上げの増大を図る―社会科学用語にいうルーピング効果）など，マーケティング戦略上「金のなる樹」(市場原理主義のツールであり重要な武器)を提供することとなった。

後述する利益相反関係では，1950年代から60年半ばまでのAPAの財政は逼迫した状態だったが，生物学的精神医学派がAPA内部で「絶対的な権力」を手にし始めたこの頃には，多国籍製薬企業からの膨大な資金援助[注4)]により安定化した。

診断領域の境界を拡げ，Medicalization（医療化）を可能にするDSMという武器（道具）と生物学的精神医学という“語り部”を得た多国籍製薬企業は，「非定型」薬を含めた向精神薬の“神話”創造に向けた動きを加速させた。

注2）抗精神病薬により「脱施設化」が進んだとする“神話”について

抗精神病薬により「脱施設化」が進んだとするのは，多国籍製薬企業や精神薬理学者の重要

な“拠り所”であり，「自明の理」であった。しかし，リチャード・.ワーナーはその著書，「Recovery from schizophrenia（1994年刊―邦題は統合失調症からの回復，中井久夫ほか監訳，岩崎学術出版，2005年出版）」で，85件のメタ解析の結果として，①1990年代前半の（「非定型」薬の時代：石田）統合失調症からの回復率は，今世紀初頭20年間と比較して特別優れているわけでなく，②1955年の直前に抗精神病薬が出現したが，長期的な転帰にはほとんど影響を及ぼしていないこと，③多国籍製薬企業や精神薬理学者たちの考える“公理”に反し，米国連邦，州，群，私立病院の入院患者の割合，および入院患者数の1935年から1970年までの統計資料から，一般人口に占める精神病院の入院患者の割合は，抗精神病薬が導入されるはるか以前の1945年頃から減少している「事実」を明らかにし，この傾向は北欧においても認められたとしている。

ワーナーはまた，新しい社会・地域精神医療技法の導入が他の国よりも遅れた米国の脱施設化では（経費削減という政治・経済的要因もからみ），薬物療法に大きく依存せざるをえなかった点を指摘し，結果的に多くの精神病患者を「金のかからない不適当な環境」に置くことになったと述べている。

ワーナーの著書からは，抗精神病薬により「脱施設化」が進んだとする“神話”は明らかに「事実」と異なっており，“神話”創造の根底には，「地域医療（脱施設化）には薬物療法が絶対的に不可欠」とするAPAと多国籍製薬企業との“共通した妄信に近い思い”が流れていたことが読み取れる。

注 3-1)「ソテリア・プロジェクト」と“異端裁判（魔女狩り）”について

世界的に著名な社会精神医学者で，当時NIMHの統合失調症研究センター所長であったローレン・モシャーは，1971年に「ソテリア・プロジェクト」を立ち上げている。ソテリアとはラテン語で「保護，救済」を意味する。「ソテリア・プロジェクト」の内容は，初発の統合失調症患者を対象に，非医学的な心理社会的治療プログラム群（基本的に薬物を使用しない群）と地域精神保健センターの薬物治療群との効果を5年間にわたり比較検討するものであった。

このプロジェクトの計画が発表されたとき，精神障碍の「医学モデル」理論に軸足を置く薬物療法推進派の誰しもが“脅威”に感じていた。当時，ソテリアの研究資金はNIMHの委託研究プログラムを監督する助成金委員会の承認を得なければならなかったが，メンバーの大半はAPAの生物学的精神医学派（薬物療法推進派）で占められており，彼らは当初計画の5年間70万ドルの予算要求を2年間15万ドルに削ることで「計画の頓挫」を図ろうとした。

資金的に困難な中，モシャーはプロトコールに従いプロジェクト計画を遂行した。まず2週間という短期入院の後，精神保健センターで外来治療を受けるか，ソテリア・ハウス（定員6名）のグループホームで非専門家のスタッフによる生活を送るかのいずれかに患者を振り分けた。

5.5か月の観察期間では，精神保健センターの患者全てが服薬を必要としたのに対してソテリア群では“わずか8%”にすぎなかった。そして，退所後2年間の予後調査では，抗精神病薬の継続ないし間歇投与を必要としたのは，ソテリア経験者の34%に対し精神保健センター群で

は95%が必要としていたなど「驚くべき結果」となった（その他，就労率については両群で差はなかったが，自立した生活，つまり社会機能面での評価では精神保健センター群の33%に対し，ソテリア群では58%と高い数値となった）。

モシャーは，「まとめ」のなかで，「きめこまやかな愛情があって支持的な心理社会的環境が提供されるならば，初めて入院した統合失調症の患者に，“一様に抗精神病薬を投与する必要性はないかもしれない”ことを我々のデータは示している」と控え目に述べたが，財政的に多国籍製薬企業におんぶに抱っこのAPAは「この事実」を絶対に認めるわけにはいかなかった。

委員会は，研究デザイン上の問題やソテリア患者の転帰の方が良いとするモシャーの報告には説得力がなく先入観に囚われ過ぎている（科学的でない）などと難癖をつけ，主任研究員から退かせるべきとまで攻撃した。

まさに“異端裁判”であり“魔女狩り”そのものであった。その後まもなくモシャーはNIMHの職を追われることになり，この「出来事」は，「生物学的精神医学に異を唱える者には未来は無い！」とする強いメッセージとなった。

しかし，モシャーの「夢」はその後も途絶えることなく，ルック.チオンピ（基盤としての情動―フラクタル感情理論の構想―の著者）らによる「ソテリア・ベルン」，フィンランド（西ラップランド）における精神科救急対応としての「Open Dialogue」（Open Dialogueによる治療では，服薬を必要とした患者は全体の35%とモシャーらの結果に近く，2年間の予後調査では対照群の50%に対し82%が症状の再発がないか，あっても軽微なものに留まっていたなど，“先端研究プロジェクト”として今日に引き継がれている[1)]。

注3-2）「ソテリア」についての私見

モシャーによる「ソテリア・プロジェクト」の報告（ならびに「ソテリア・ベルン」の中間報告～Soteria Berne. An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. World Psychiatry 3; 140-146）に触れたとき，頭のなかに浮かんだのは，①この臨床研究（実験）は「現代版モラル・トリートメント」ではないだろうかということと，②自らを「精神生物学者」として自己規定し（この意味は，いわゆる生物学的精神医学とは異なり，人間が人間および文化，伝統，制度，信念，流行など人間が作り上げたものとの力動的な相互関係にあるものとしての人間学をさしている～八木剛平ほか著，精神病治療の開発思想史―ネオヒポクラティズムの系譜，p 102より），薬がまったく無い時代に観察を基本とする言語的，非言語的な関り，そして（患者を同じ人間として処遇し，対等平等観に支えられたchum ship的雰囲気ただよう）病棟の構造で患者の約8割を社会的治癒に導いたとされているモラル・トリートメンティストであり，力動精神医学に親近感を示していたSullivanの臨床であった。

モラル・トリートメントもSullivanもすでに（モシャーがそうであったように）APAから疎まれ，闇に葬られた恰好となっているが，前述した「統合失調症からの回復」でワーナーは，「後のアメリカの精神科医たちはモラル・トリートメント時代の回復率が（今）より高かった事実をなかったことにしようとした」と，“ある力の存在”について言及している（第Ⅱ部，

統合失調症の社会経済学，第5章，狂気と産業革命，p 141～144）。

しかし，「意に添わない者」の口を完全に封じることはできず，モラル・トリートメントの哲学は，前述した「ソテリア・ベルン」，「Open Dialogue」や日本の「べてるの家」などに新しい形で受けつがれ（そして拡がりをみせ），Sullivanの「考え方」は主として看護の世界で脈々と「今」に生きつづけることとなる。

注4）米国議会で「ようやく」取り上げられたAPAの利益相反問題

世界五大医学雑誌の一つであるBMJ誌（2008年7月26日号）に，米国上院議員のグラスリー氏（共和党）が，健康保険プログラム，メディケア（高齢者の公的医療保険），メディケイド（低収入のための医療補助）の医療ケアを監視する上院財務委員会で，3万8千人の精神科医を代表するAPAに対し，製薬企業や製薬企業によって設立された基金から提供された資金についての説明を求めたとする記事が掲載されていた（薬害オンブズパースン会議の注目情報，2008年9月号より）。

それによると，情報が利用可能な最新の年である2006年の1年間に，APAは総収入の約29%を多国籍製薬企業から受け取り（蜜月関係の最盛期には約6割を占めていたとされている），その資金調達の方法は3種類あり，雑誌と年次総会の展示における広告収入は総収入の15%に相当し，特別研究員への支給金や研修医の会議のようなプログラムに対する自由な資金が約8%，そして年次総会のシンポジウムへの製薬企業からのサポートは約6%に達していた，とのことであった。（また，APAが作成したうつ病，双極性障碍，統合失調症治療の臨床ガイドラインを書いた20人の精神医学者のうち，18名が多国籍製薬企業と何らかの金銭的関係にあったことが2009年の調査で判明している）。

この利益相反関係は，日本の各職能団体や諸学会，ガイドラインやマニュアルという名の新たな“神話”を生みだす製薬企業主導の臨床研究においても見受けられる。例えば，抗うつ薬SSRIの市場化に合わせて創設された「日本うつ病学会」は，パロキセチン（商品名；パキシル）の製造販売元であるグラクソスミスクライン社の子会社の施設を事務所とし，子会社の事務員をスタッフとして抱えるなど，「人・物・金」に全面的に依存（寄生）した形でスタートし，自立したとされる現在も，その学術誌は製薬企業の広告で埋めつくされている。

引用文献

1）斉藤環；オープンダイアローグが統合失調症の治療風景を変える可能性について；精神看護，Vol 17, No 4, p 6-18 (2014).

（いしだ・さとる　藤代健生病院薬局）